



Daniela Couto Botelho Monteiro

**PREDITORES DA ADESÃO TERAPÊUTICA EM INDIVÍDUOS COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA.**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA

Área de especialização:

Psicologia da Saúde

2010

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

PREDITORES DA ADESÃO TERAPÊUTICA EM INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÓNICA

Daniela Couto Botelho Monteiro

Dezembro de 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, Ramo de Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor José Luís Pais-Ribeiro (F.P.C.E.U.P.).

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação, que representa a última etapa do Mestrado em Temas de Psicologia, não teria sido possível sem o apoio e participação de algumas pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a sua concretização. Pela total disponibilidade com que colaboraram na execução deste trabalho, não podia deixar de expressar o meu profundo agradecimento a todos:

Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, por ter aceite orientar este trabalho, pelo rigor científico que incute nos seus alunos e pela sua disponibilidade.

A todos os médicos da Consulta de Insuficiência Cardíaca do Serviço de Medicina Interna do Hospital de São João a disponibilidade para colaborarem na recolha dos dados, bem como a todos os doentes que aceitaram participar no estudo.

Reservo um agradecimento particular ao Professor Doutor Paulo Bettencourt, Director do Serviço de Medicina Interna e responsável pela Consulta de Insuficiência Cardíaca do Hospital de S. João, pela forma como acolheu o projecto inicial, pelo incentivo para realizar a investigação sobre este tema e pela disponibilidade para partilhar os seus imensos conhecimentos nesta área.

À Dra. Patrícia Lourenço devo também um agradecimento muito especial, pela imensa e permanente disponibilidade para acompanhar o projecto, desde o primeiro dia, pela imprescindível colaboração na recolha de dados, por toda a orientação e partilha de conhecimentos e pela revisão minuciosa de todas as versões da dissertação, desde o projecto inicial até ao documento final.

Ao Doutor Patrício Costa por ter sempre, além de todas as muitas orientações, sugestões e críticas pertinentes e construtivas, uma palavra amiga de incentivo nos momentos de maior desânimo ou frustração, bem como pelo não menos precioso contributo na análise dos dados, sobretudo por toda a aprendizagem que daí adveio.

Por último, resta-me agradecer à minha família - aos meus pais, irmãos, avós e ao Miguel – e aos meus amigos, pela grandiosidade das suas ajudas e incentivos, não só ao longo destes dois anos, mas durante toda a minha vida. E ao Duarte - é a ele que dedico este trabalho, por todos os momentos de que tivemos de abdicar.

O facto de vários estudos apontarem a não adesão à terapêutica farmacológica como uma importante causa de re-internamentos, mortalidade e piores prognósticos, em doentes com Insuficiência Cardíaca, fundamentou a preocupação e justificou a necessidade de estudar esta problemática nesta população.

O presente estudo, de carácter quantitativo correlacional, teve como objectivo identificar os factores que determinam os comportamentos de adesão à terapêutica farmacológica nos doentes com Insuficiência Cardíaca Crónica. Procurou-se conhecer os regimes terapêuticos seguidos, avaliar a adesão ao regime terapêutico prescrito, identificar as variáveis psicossociais relacionadas com a adesão terapêutica e estudar, através da Teoria do Comportamento Planeado, a intenção e seus determinantes enquanto preditores da AT.

Foi avaliada uma amostra de conveniência de 64 doentes com Insuficiência Cardíaca Crónica da Consulta de Insuficiência Cardíaca do Hospital de S. João (Porto), dos quais 73,4% do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 35 e os 91 anos ($M=68,53$; $DP=13,94$). Cerca de metade dos participantes (46,9%) apresenta actualmente IC em classe II e, em média, duas patologias em comorbilidade com a IC ($DP=0,20$).

Os resultados sugerem níveis de adesão auto-relatados elevados (6,30 numa escala de 7 pontos). No entanto, cerca de um quarto dos participantes (21,9%) não conseguiu identificar nenhum dos medicamentos actualmente prescritos e 35,9% não conseguiram definir a função de nenhum dos medicamentos prescritos. Foi possível estabelecer uma correlação entre a capacidade de identificação do medicamento (nomeação), não só com o comportamento de adesão ($r=0,34$, $p<0,01$), mas também com os comportamentos anteriores de adesão à terapêutica ($r=-0,35$, $p<0,01$). Relativamente ao modelo comportamental, os resultados mostram que a norma subjectiva, percepção de controlo e atitude não são preditores significativos, tendo emergido o comportamento anterior e a intenção como preditores válidos da adesão terapêutica, explicando 23,1% da variância total. Foi ainda possível demonstrar que os participantes com IC em classe III (maior severidade) eram mais prevaricadores do que os restantes.

Os resultados encontrados confirmam a pertinência da avaliação da adesão terapêutica no contexto da IC, sugerindo a possibilidade de optimização da adesão enquanto factor passível de alterar a situação clínica do paciente.

Several studies suggest non-adherence to pharmacological therapy as an important cause of re-admissions, mortality and poorer prognosis in patients with heart failure, grounding our concern and justifying the need to study this problem in this population.

The present study, given a quantitative and correlational nature, aimed to identify factors that determine adherence to pharmacological therapy in patients with chronic heart failure. We intended to acknowledge treatment regimens, assess adherence to prescribed treatment, identify psychosocial variables related to adherence and study, through the Theory of Reasoned Action, intention and its determinants as predictors of adherence.

We evaluated a convenience sample of 64 patients with Chronic Heart Failure of the Heart Failure Clinic in Hospital de S. João (Porto), of which 73.4% were male and aged between 35 and 91 years ($M = 68.53$, $SD = 13.94$). About half the participants (46.9%) presented Class II heart failure and, on average, two co-morbidities ($SD = 0.20$).

The results suggest high levels of patient-reported adherence (6.30 on a 7-point scale). However, about a quarter of participants (21.9%) failed to identify any of the drugs currently prescribed and 35.9% could not define the function of any of the prescribed drugs. It was possible to establish a correlation between the ability of drug identification, not only with adherence behavior ($r = 0.34$, $p < 0.01$), but also with the past behavior of adherence ($r = -0.35$, $p < 0.01$). For the behavioral model, the results show that subjective norm, perceived control and attitude are not significant predictors, emerging past behavior and intention as valid predictors of adherence, explaining 23.1% of total variance. It was still possible to demonstrate that participants with class III heart failure (most severe) were less compliant than others.

The results confirm the relevance of adherence assessment in heart failure context, suggesting the possibility of optimizing adherence as a factor which may affect the patient's clinical condition.

Plusieurs études suggèrent non-observance du traitement pharmacologique comme une cause importante de réadmissions, de mortalité et de mauvais pronostic chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, a justifiée notre préoccupation et la nécessité d'étudier ce problème dans cette population.

La présente étude, compte tenu de nature quantitative et corrélationnelle, visant à identifier les facteurs qui déterminent l'adhésion au traitement pharmacologique chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique. Nous avons l'intention de reconnaître les schémas de traitement, d'évaluer l'observance du traitement prescrit, d'identifier les variables psychosociales liées au respect et à l'étude, à travers la théorie de l'action raisonnée, l'intention et de ses déterminants comme facteurs prédictifs de l'adhésion.

Nous avons évalué un échantillon de 64 patients avec insuffisance cardiaque chronique de la clinique d'insuffisance cardiaque à l'hôpital de S. João (Porto), dont 73,4% étaient de sexe masculin et âgés entre 35 et 91 ($M = 68,53$, $ET = 13,94$). Environ la moitié des participants (46,9%) a présenté insuffisance cardiaque de classe II et, en moyenne, deux co-morbidités ($ET=0,20$). Les résultats indiquent des niveaux élevés d'observance rapportés par les patients (6,30 sur une échelle de 7 points). Cependant, environ un quart des participants (21,9%) n'ont pas d'identifier l'un des médicaments actuellement prescrits et 35,9% ne pouvait pas définir la fonction de l'un des médicaments prescrits. Il a été possible d'établir une corrélation entre la capacité d'identification des médicaments, non seulement avec le comportement d'adhérence ($r = 0,34$, $p < 0,01$), mais aussi avec le comportement passé de l'adhésion ($r = -0,35$, $p < 0,01$). Pour le modèle de comportement, les résultats montrent que la norme subjective, contrôle perçu et l'attitude ne sont pas des prédicteurs importants, étant les comportements passés et l'intention prédicteurs valides de l'observance, expliquant 23,1% de la variance totale. Il était encore possible de démontrer que les participants avec insuffisance cardiaque de classe III (plus grave) ont été moins conforme que d'autres.

Les résultats confirment la pertinence de l'évaluation de l'observance dans le contexte d'insuffisance cardiaque, ce qui suggère la possibilité d'optimiser l'observance comme un facteur qui peut affecter l'état clinique du patient.

ARA II – Antagonistas dos receptores da angiotensina II

AT – Adesão terapêutica

IC – Insuficiência Cardíaca

iECA – Inibidores da enzima de conversão da angiotensina

MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos

MEMS – *Medication event monitoring system*

OMS – Organização Mundial de Saúde

TF – Terapêutica farmacológica

TPB – *Theory of Planned Behaviour*

SU – Serviço de Urgência

INTRODUÇÃO.....	3
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
1.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	9
1.1.1. Etiologia	9
1.1.2. Epidemiologia.....	10
1.1.3. Sintomatologia	11
1.1.4. Tratamento.....	11
1.2 ADESÃO TERAPÊUTICA	13
1.2.1. Definição e mensuração	13
1.2.2. Adesão terapêutica na IC.....	14
1.3 TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO	17
1.4 OBJECTIVOS.....	19
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	20
2.1 PARTICIPANTES	231
2.1.1 Seleção dos participantes	21
2.1.2 Caracterização dos participantes	21
2.2 MATERIAL	23
2.2.1 Questionário sócio-demográfico, informação relativa a comorbilidades e terapêutica	23
2.2.2 Dados sobre o conhecimento da terapêutica e necessidade de ajuda.....	23
2.2.3 Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado & Lima, 2001)	23
2.2.4 Questionário TPB.....	24
2.3 PROCEDIMENTOS.....	27
CAPÍTULO III – RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	38
REFERÊNCIAS	42
ANEXO – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	46

Índice de gráficos

GRÁFICO 1 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS DIFERENÇAS RELATIVAS AO COMPORTAMENTO ANTERIOR ENTRE AS CLASSES NYHA	36
--	----

Índice de figuras

FIGURA 1 - TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO	17
---	----

Índice de quadros

QUADRO 1 – SINTOMAS DE IC	11
---------------------------------	----

Índice de tabelas

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	22
TABELA 2 - VALORES DE ALPHA DE CRONBACH E CORRELAÇÕES ITEM-TOTAL PARA AS DIMENSÕES DA TPB	26
TABELA 3 - VALOR DE ALPHA DE CRONBACH E CORRELAÇÕES ITEM-TOTAL PARA A MAT	26
TABELA 4 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DA IDENTIFICAÇÃO	30
TABELA 5 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS	31
TABELA 6 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DA NECESSIDADE E TIPO DE AJUDA	32
TABELA 7 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DAS COMORBILIDADES	32
TABELA 8 - MEDIDAS DESCRITIVAS DOS RESULTADOS DA MAT	33
TABELA 9 – CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DA TPB E A MAT	34
TABELA 10 – PREDITORES DA INTENÇÃO, SEGUNDO A TPB, E DA ADEÇÃO À TERAPÉUTICA	35
TABELA 11 – FREQUÊNCIA ABSOLUTAS E RELATIVAS DOS PRINCIPAIS MOTIVOS DE INTERNAMENTO E RECURSO AO SU	35
TABELA 12 – TESTE T DE STUDENT RELATIVO ÀS DIMENSÕES DA TPB E MAT E VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO	36
TABELA 13 - CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DA TPB, A MAT E AS VARIÁVEIS RELATIVAS AO CONHECIMENTO DA TERAPÉUTICA	37

Introdução

Já em 1948, a Organização Mundial de Saúde, aquando da sua criação, incluiu na sua carta constitutiva uma definição de saúde inovadora: saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença, tal como sustentado pelo Modelo Biomédico até então em vigor. Esta enunciação do conceito de saúde, plenamente concretizada em Alma-Ata - Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários organizada pela OMS em 1978 - retomou a perspectiva agregadora do direito à saúde, encarando-o como um objectivo social ao nível mundial (Pureza, 2008). E foi a denominada Segunda Revolução da Saúde - uma mudança na forma de compreender este estado, em que o foco de atenção se transfere da doença para a saúde, tornando-se este mais abrangente -, que abriu as portas à Psicologia e, nomeadamente, à Psicologia da Saúde (Correia, 2006; Ribeiro, 2005).

Neste panorama, assoma, assim, uma abordagem biopsicossocial da saúde, rompendo com a concepção dicotómica vigente: a interacção entre a saúde (ausência) e a doença (presença de perturbações físicas, mentais e/ou emocionais) explica o estado de saúde (Reis, 1998 cit. in Moreira & Melo, 2005). Os seres humanos passam, pois, a ser vistos como sistemas complexos e a compreensão das causas e do tratamento das doenças requer a compreensão de uma multiplicidade de factores (Ogden, 2004). Esta abordagem legítima e fundamenta a esfera de acção da Psicologia da Saúde, entendida com o resultado da confluência das diferentes contribuições das áreas do conhecimento psicológico (Simon, 1993 cit. in Teixeira, 2004) para o estudo dos processos psicológicos e comportamentais na saúde, doença e cuidados de saúde (Johnston & Weinman, 1995). Citando Matarazzo (1982), a Psicologia da Saúde é o conjunto dos contributos específicos da Psicologia ao nível educativo, científico e profissional para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento da doença e a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, doença e disfunções associadas.

É também neste contexto englobante e integrador que a Psicologia da Saúde contempla as doenças crónicas. Abrangendo um grande leque de quadros, são, como propõe Blanchard (1982 cit in Ribeiro, 1998), doenças que têm de ser geridas em vez de curadas. O aumento das doenças crónicas, associado à diminuição da taxa de mortalidade e ao progressivo envelhecimento da população, impõe novos desafios na procura de cuidados de saúde.

Em 2005, num total de 58 milhões de óbitos a nível mundial, estima-se que 35 milhões são devidos a doença crónica – o dobro das mortes por doenças infecciosas, doenças maternas e perinatais e

deficiências nutricionais combinadas. Na base das principais doenças crónicas, em todas as idades e em ambos os sexos, encontram-se factores de risco comuns e, na sua maioria, modificáveis: dieta inadequada, inactividade física e consumo de tabaco. Mas, contrariamente à noção comum de que as doenças crónicas afectam sobretudo os países de alto rendimento, a realidade demonstra que quatro em cada cinco mortes por doenças crónicas ocorrem em países de baixo e médio rendimento, nos quais as políticas de saúde ainda se focam, sobretudo, no controlo das doenças infecto-contagiosas e as políticas de educação e promoção da saúde estão menos desenvolvidas. Nestes países, os desafios na saúde pública bipartem-se: enquanto continuam a concentrar esforços para lidar com as doenças infecciosas, registam um rápido aumento dos factores de risco e óbitos por doenças crónicas, sobretudo nos contextos urbanos. De facto, contrariamente ao mito de que estas são doenças dos “ricos” (entendendo-se como “ricos” os países de alto rendimento e os cidadãos com rendimentos mais elevados), actualmente são as pessoas mais pobres que apresentam maior probabilidade de desenvolver doenças crónicas e falecer em consequência destas, dado o significativo comprometimento económico que a sua gestão implica.

É comumente aceite que as doenças crónicas podem resultar de estilos de vida não saudáveis. Consequentemente, é frequente que seja responsabilizado o doente, tido como “prevaricador”. No entanto, tal como advoga a OMS, a responsabilidade individual só pode ter efeito total onde os indivíduos têm acesso a uma vida saudável:

“As políticas de saúde têm um papel crucial a desempenhar na promoção da saúde e do bem-estar das populações e no sentido de propiciar protecção especial para os grupos mais vulneráveis. Isso é especialmente verdadeiro em relação às crianças, que não têm como escolher por si mesmas o ambiente em que vivem, a sua alimentação ou a sua exposição passiva ao fumo do tabaco. Elas têm também uma capacidade limitada para entender as consequências dos seus hábitos a longo prazo. As pessoas pobres também têm escolhas limitadas sobre o que comem, as suas condições de habitação, acesso a educação e cuidados de saúde. Dar apoio às escolhas saudáveis, especialmente para aqueles que de outro modo não poderiam fazê-las, reduz riscos e desigualdades sociais” (WHO, 2005, p. 16).

Estas doenças serão, segundo OMS, a principal causa de incapacidade, em todo mundo, até 2020. Ao passo que se prevê uma diminuição de 3% nas mortes causadas por doenças infecciosas, doenças maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas nos próximos 10 anos, estima-se que, no mesmo período, os óbitos devidos às doenças crónicas aumentem 17%. Tal significa que, não sendo adequadamente geridas, se tornarão uma sobrecarga aos sistemas de saúde (estima-se que representarão cerca de 65% do total de despesas de saúde em todo o mundo). O seu forte impacto prende-se ainda com os efeitos adversos na qualidade de vida dos

indivíduos afectados, a morte prematura destes e os efeitos adversos nas famílias, comunidades e sociedade em geral. Tendo em conta, não apenas os custos económicos, mas também o seu impacto no bem-estar individual, a OMS advoga que só através do investimento em políticas de Promoção da Saúde será possível inverter esta tendência (WHO, 2002, 2005).

A adesão ao regime terapêutico, entendida como o grau ou extensão em que uma pessoa cumpre a prescrição terapêutica (terapia farmacológica, dieta ou hábitos e estilos de vida) dos profissionais de saúde (Dezii, 2000; Osterberg & Blaschke, 2005; Wal, Jaarsma & Veldhuisen, 2005), é um fenómeno que tem sido amplamente investigado nas últimas décadas, sobretudo pela importância que adquiriu nos cuidados de saúde. Como refere Ribeiro (1998), em termos políticos e económicos, o problema tem uma magnitude grande. Segundo o autor, já na década de 90, Turk e Meichenbaum (1991) referiam que, nos Estados Unidos da América e Inglaterra, em cerca de 750 milhões de novas prescrições efectuadas em cada ano, 250 milhões (cerca de 1/3) eram seguidas apenas parcialmente ou não eram seguidas de todo. A taxa de adesão ao tratamento pode variar entre os 4% e os 92%, dependendo de vários factores, tais como a natureza das doenças, as características da população ou mesmo o método segundo o qual a adesão é avaliada (Brannon & Feist, 1992; DiMatteo & DiNicola, 1982; Michenbaum & Turk, 1987).

Cerca de 40 anos de investigação nesta área, bem como o conhecimento clínico acumulado sobre a prevalência da não adesão, instigaram a OMS a criar o *Adherence Project* (2003) e emitir um conjunto de recomendações dirigidas aos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas. Nesse documento, salienta-se a magnitude do fenómeno da não adesão, bem como a mortalidade e morbilidade associadas a este fenómeno. Realça ainda o seu impacto económico nos sistemas de saúde actuais e, sobretudo, as suas consequências negativas nos resultados dos indicadores de saúde. No que à adesão ao tratamento diz respeito, esclarece os efeitos do seu aumento: maior segurança do doente e consequente diminuição do risco de morte e/ou deterioração do seu estado de saúde, como, p.e., o aumento do risco de recaídas e gravidade das mesmas ou a resistência aos fármacos. Mas apresenta a mais-valia de não colocar o ónus exclusivamente sobre o doente, sugerindo que as pessoas com doença crónica devem ser compreendidas e apoiadas e não repreendidas. Admite, assim, que a adesão é influenciada por cinco grandes grupos de factores, relacionados com: (1) a doença, (2) a pessoa (doente), (3) o tratamento, (4) os profissionais e serviços de saúde e (5) os factores sociais, económicos e culturais. Este documento é de tal forma relevante e marcante para esta temática, que comporta, em si mesmo, um excelente “estado da arte”. Para além das recomendações já mencionadas, alerta para a necessidade de formar os profissionais de saúde neste tema em específico, já que a adesão ao regime terapêutico é vista

como um processo dinâmico, que deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde, avaliando a motivação do paciente e as barreiras que se poderão levantar. Neste processo, a família deve ser, sempre que possível, incluída, bem como as organizações de doentes e a comunidade em geral, já que se sabe que são fundamentais no aumento da adesão. Posto isto, advoga-se uma abordagem multidisciplinar, que permita que se ponham em prática estas directrizes (Bugalho & Carneiro, 2004).

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crónica frequente, com elevada morbimortalidade, que requer terapêutica crónica, nomeadamente farmacológica, apresentado sintomas debilitantes que requerem, frequentemente, hospitalização (Hunt, 2005). A IC representa o estadió final de muitas doenças que afectam o coração, podendo também surgir como complicação de doenças que não o lesam directamente.

A prevalência de IC tem vindo a aumentar progressivamente, possivelmente como resultado do envelhecimento global da população e dos progressos ao nível da terapêutica de várias doenças cardíacas e não cardíacas capazes de conduzir ao desenvolvimento de IC (p.e., actualmente a sobrevida após um enfarte agudo do miocárdio é extremamente mais elevada, sendo que esta é uma das principais causas de IC) (Strömberg, Broström, Dahlström & Fridlund, 1999).

A evolução nos meios de diagnóstico e a intervenção precoce, com terapêuticas projectadas segundo uma investigação científica que tem tido avanços qualitativos, têm permitido atrasar o aparecimento das manifestações clínicas na IC. Mas também em Portugal a IC constitui um problema relevante de saúde pública, envolvendo todos os profissionais de saúde, com um espectro que se estende da comunidade aos hospitais e destes aos cuidados continuados (Falcão, 1998).

Sendo a IC uma doença crónica e em que a terapêutica farmacológica (TF) é essencial tanto no controlo sintomático, como na modificação do prognóstico, diminuição do risco de hospitalização e morte, e considerando que a contribuição da não adesão à terapêutica poderá ser subestimada (tanto por não informação por parte do doente como por atribuição da deterioração a outros factores - síndrome coronário agudo, infecção, hipertensão não controlada), uma melhor compreensão dos factores associados à adesão terapêutica (AT) em pacientes com IC surge como importante para que, futuramente, possam ser desenvolvidas intervenções tendentes a aumentar a AT (Remme & Swedberg, 2002).

Baseado na premissa de que a melhor compreensão dos factores que determinam os comportamentos de adesão contribuirá certamente para um melhor conhecimento do problema, essencial à implementação de intervenções baseadas em evidência, estabeleceu-se como principal

objectivo deste estudo a identificação dos preditores psicossociais da adesão terapêutica em doentes com IC crónica estável.

É nosso desejo que este estudo contribua para uma maior compreensão deste fenómeno, bem como para o desenvolvimento de linhas orientadoras da prática clínica junto das pessoas com insuficiência cardíaca crónica, que promovam a adopção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico.

Capítulo I – Enquadramento teórico

Não tendo este primeiro capítulo a pretensão de encerrar em si mesmo uma exaustiva revisão da literatura relativa aos temas apresentados na introdução, pretende-se que o seu fim seja o de clarificar os seus componentes elementares. Desta forma, revê-se a literatura em geral respeitante à adesão terapêutica, descrevendo-se os seus aspectos mais proeminentes e os estudos mais relevantes no âmbito desta dissertação, centrando-se, obviamente, nos factores preditores.

1.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A complexidade deste síndrome e do seu tratamento reflecte-se na intensa investigação científica desenvolvida em torno da IC nas últimas décadas (Cohen-Solal, 2003). Apesar de toda a investigação desenvolvida, a correcta identificação da IC, tanto em contexto agudo como em contexto crónico, continua a ser um importante desafio na prática clínica.

1.1.1. ETIOLOGIA

De forma simplificada, a IC pode ser definida como qualquer situação na qual o coração não responde adequadamente às necessidades do organismo. Na verdade, a IC é uma síndrome clínica em que alterações da estrutura ou da função cardíaca levam à incapacidade de manter um débito cardíaco adequado às necessidades do organismo.

A doença coronária é a causa mais comum de IC (70% dos pacientes), seguida pelas patologias vasculares (10%) e as cardiomiopatias (10%) (Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray, Ponikowski, Poole-Wilson, Strömberg, Veldhuisen, Atar, Hoes, Keren, Mebazaa, Nieminen, Priori & Swedberg, 2008).

Múltiplos modelos interpretativos da IC se têm, mais do que sucedido, acrescentado ao longo do tempo, realçando a sua complexidade. As visões mais actuais enfatizam o carácter progressivo e auto-perpetuante da IC.

A IC pode ter uma evolução progressiva, em que os sintomas vão surgindo ao longo do tempo, ou pode ter um início súbito, num indivíduo previamente assintomático, que surge com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, devido a um factor precipitante, tal como: infecção grave, crise hipertensiva, enfarte agudo do miocárdio, embolismo pulmonar, anemia aguda, miocardite ou endocardite infecciosa. Segundo Falcão (1998), a elevada prevalência de hipertensão arterial e doença coronária, associadas ou não a patologia de etiologia alcoólica, valvular ou idiopática,

constituem a principal explicação para o eclodir da insuficiência cardíaca. As doenças endócrinas (como a *diabetes mellitus*, hipo e hipertiroidismo, entre outras), o abuso do álcool e outras drogas (como a cocaína, p.e.) também são causas comuns de IC devido a deterioração do músculo cardíaco.

Segundo as mais recentes guidelines da European Society of Cardiology - ESC (Dickstein et al., 2008), os termos “aguda” e “crónica”, em relação à IC, não devem ser utilizados como opostos, uma vez que muitos clínicos utilizam a expressão “aguda” como indicação de gravidade, ao passo que em outras situações a designação é utilizada para sugerir um estado descompensado. Assim, sugere-se que a designação “IC Crónica” se refira à persistência da doença, estando o doente estável ou não.

1.1.2. EPIDEMIOLOGIA

A prevalência e incidência da insuficiência cardíaca crónica têm vindo a aumentar. Esta entidade é a causa mais frequente de hospitalização em pessoas com mais de 65 anos (Falcão, 1998).

Nos Estados Unidos da América, a IC é o diagnóstico mais comumente presente na alta hospitalar dos doentes com mais de 65 anos. Num ano, mais de um milhão de altas contêm este diagnóstico, representando cerca de 30 biliões de dólares em cuidados de saúde em internamento aos pacientes com IC (Katz, 2000).

Nos países desenvolvidos, a média de idades dos doentes com IC ronda os 75 anos. A IC é, pois, mais comum nos idosos, nas mulheres e nos indivíduos diabéticos e/ou hipertensos. No entanto, julga-se que a prevalência da IC é subestimada, uma vez que parece existir uma preferência dos clínicos em registar como diagnóstico apenas as doenças etiológicas ou co-morbilidades (diabetes, p.e.) (Dickstein et al., 2008).

Segundo o estudo EPICA (Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem), a prevalência global da insuficiência cardíaca em Portugal é de 4,36%. Isto é, existem 260 mil portugueses, com mais de 25 anos, afectados por esta síndrome. A prevalência da patologia aumenta consideravelmente com a idade, atingindo cerca de 13% dos indivíduos entre os 70 e os 79 anos e 16% dos idosos com mais de 80 anos. Nestas duas classes etárias, verificam-se diferenças entre sexos: na primeira, a prevalência nos homens é superior em cerca de 3 pontos percentuais, sendo que na segunda, se verifica exactamente o oposto (Ceia, Fonseca, Mota, Morais, Matias, Sousa & Oliveira, 2002).

1.1.3. SINTOMATOLOGIA

Segundo as actuais *guidelines* da ESC (Dickstein et al., 2008), o diagnóstico de IC pressupõe a coexistência de diferentes sintomas, tais como dispneia de esforço ou em repouso e fadiga; sinais de retenção hidrossalina como congestão pulmonar ou edemas periféricos e evidência objectiva de alteração cardíaca estrutural ou funcional, bem como determinados sinais e evidências objectivas (Quadro 1). No entanto, a IC é uma condição da qual resulta, contingentemente, patologia em quase todos os órgãos. Assim, a fadiga e o cansaço, sintomas frequentemente citados, têm, muitas vezes, causas distintas. Em estados mais avançados, a IC provoca também perda de força e massa muscular e caquexia (Pocock, McMurray, Dobson, Yusuf, Granger, Michelson, Östergren, Pfeffer, Solomon, Anker & Swedberg, 2008).

Apesar de os sintomas terem, aparentemente, uma relação pobre com a gravidade da disfunção cardíaca, estão relacionados com o prognóstico da IC, se persistentes após a terapia.

Quadro 1 – Sintomas de IC

Sintomas típicos da IC	Sinais típicos da IC	Evidências objectivas de anomalia funcional ou estrutural
Dispneia de esforço ou em repouso	Taquicardia	Cardiomegalia
Fadiga	Taquipneia	Terceiro som cardíaco
Cansaço	Efusão pleural	Anomalia no ecocardiograma
Inchaço nos tornozelos	Tensão jugular elevada	Elevada concentração de péptidos natriuréticos
	Edema periférico	
	Hepatomegalia	

Fonte: Adaptado de Dickstein et al. (2008)

1.1.4. TRATAMENTO

O tratamento da IC inclui terapêutica sintomática (que visa redução da congestão e melhoria da qualidade de vida) e terapêutica específica/modificadora de prognóstico (que tem por objectivo reduzir a morbimortalidade e contrariar a natureza progressiva da doença (Wu, Chung, Lennie, Hall & Moser, 2008).

O tratamento não farmacológico engloba, normalmente, a restrição do consumo diário de sal (2g/dia), o controlo ou redução do peso (no caso do doente ser obeso), evicção do consumo de álcool e tabaco, bem como de situações de stress fisiológico (temperaturas extremas, p.e.). Contudo, quando os doentes se encontram compensados, a prática de exercício físico aeróbio

regular é recomendada. Relativamente à TF, poderíamos identificar dois grandes grupos: os fármacos destinados a reduzir o stress da parede ventricular – agentes inotrópicos positivos (digitálicos e dopamina, p.e.), diuréticos e vasodilatadores – e os fármacos destinados a reduzir a actividade neuro-hormonal – inibidores da enzima de conversão da angiotensina (iECA), antagonistas dos receptores da angiotensina II (ARA II), antagonistas da aldosterona e bloqueadores beta.

Actualmente, a terapêutica disponível proporciona aos doentes, não só uma maior sobrevida, mas sobretudo qualidade de vida. É expectável uma acentuada diminuição dos sintomas e sinais dos pacientes em resposta aos tratamentos sintomáticos, tais como diuréticos ou vasodilatadores (Dickstein et al., 2008).

Se, até meados dos anos 80, o diagnóstico de IC era, frequentemente, o passo final no tratamento da doença, por não existirem opções terapêuticas, com o surgimento dos iECA, esta realidade transformou-se. E, no final dos anos 90, com a introdução dos bloqueadores beta no tratamento da IC, a história natural da doença é completamente alterada, tal como o prognóstico dos doentes.

Sendo a terapêutica médica basilar na IC (Hui, Yang, Chan, Or, Lee, Yu & Woo, 2006), a adesão à TF surge como um possível determinante do resultado/sucesso clínico (Wu, Moser, Jong, Rayens, Chung, Riegel & Lennie, 2009). Um aspecto interessante deste determinante é ser potencialmente modificável e passível de optimização.

1.2 ADESÃO TERAPÊUTICA

1.2.1. DEFINIÇÃO E MENSURAÇÃO

A AT à TF pode ser definida como o grau em que o doente “toma a sua medicação” (TF) de acordo com a prescrição médica (Dezii, 2000; Osterberg & Blaschke, 2005; Wal, Jaarsma & Veldhuisen, 2005). No entanto, importa ter em conta que a prescrição sem aconselhamento e a falta de acompanhamento posterior podem contribuir para a não adesão.

Apesar de ser, muitas vezes, utilizado como sinónimo de adesão, o termo *compliance* denota um comportamento passivo do doente e a sua não participação no tratamento; o termo *compliance* sugere, pois, obediência, coerção, enquanto que *adherence*, sugere conformidade, negociação e aliança terapêutica (Bugalho & Carneiro, 2004; Cameron, 1995; Shaffer e Yoon, 2001).

Adherence é um conceito desenvolvido por Stanton no seu modelo de adesão (1987) implica um envolvimento activo do doente no processo de tratamento, com o objectivo de produzir um resultado terapêutico (Turk & Meichenbaun, 1991) e é neste sentido que será utilizado o termo “adesão”.

As características do doente, tais como o sexo, a raça ou a classe social não têm sido, consistentemente, associados à não adesão. Por outro lado, os sintomas depressivos, défices cognitivos (ambos comuns em pacientes com IC), relacionamento pobre com o médico assistente ou os efeitos secundários da terapêutica têm surgido como possíveis barreiras.

A AT é frequentemente associada ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o doente, conhecimento sobre os medicamentos e processo da doença, motivação, relação entre o profissional de saúde e o doente (WHO, 2003). No entanto, a importância/objectivo da prescrição tem de estar bem presente para o doente, caso contrário, pode ocorrer a não adesão por esta não fazer sentido para o doente (p.e., medicação regular na ausência de sintomatologia) ou, por outro lado, por se tornar difícil de gerir (associação de vários medicamentos em várias doses).

De facto, a complexidade do regime da TF (várias doses diárias ou associação de vários medicamentos) tem sido citada como sendo a maior barreira à adesão terapêutica. A dificuldade de gestão do tratamento e doença levam à ocorrência de erros, tais como o esquecimento ou omissão da toma, o não cumprimento das doses prescritas ou do horário da toma (Dezii, 2000; Osterberg & Blaschke, 2005). Outro factor que se tem revelado como determinante da AT é o conhecimento que o sujeito possui sobre a TF (Bishop, 1994; Johnson, 2002). Foi ainda demonstrado que a presença de três ou mais condições em co-morbilidade (p.e., doente com diabetes tipo II, hipertensão e

hiperlipidemia) é também um factor que contribui para a não adesão à TF (Ockene, Hayman, Pasternak, Schron & Dunbar-Jacob, 2002). Os doentes mais idosos, propensos a uma maior degradação do estado de saúde e das funções cognitivas, apresentam, pois, com frequência, múltiplas patologias associadas, complexificando-se o seu regime de tratamento. Por fim, mas não menos importante, considera-se que a situação económico-social dos doentes é também determinante no comportamento de adesão: o apoio da família e amigos, o suporte social, o isolamento, a capacidade económica poderão condicionar a adesão à TF (Murray, Morrow & Weiner, 2004; Ribeiro, 1998).

Entre as diferentes formas de medir a AT, contam-se o auto-relato (através de questionário ou entrevista), a contagem de comprimidos, a monitorização electrónica da medicação (MEMS - Medication Event Monitoring System), as bases de dados electrónicas de prescrição de medicamentos e o doseamento sérico do produto. Cada um dos métodos citados apresenta vantagens e desvantagens, sendo que a principal desvantagem dos métodos electrónicos, considerados os mais fiáveis, se prende, naturalmente, com os custos subjacentes (Hawkshead & Krousel-Wood, 2007).

1.2.2. ADESÃO TERAPÊUTICA NA IC

Estudos recentes têm revelado taxas de não adesão terapêutica extremamente díspares em doentes com IC. Dependendo da forma como se define e se mede a AT, as taxas de não adesão descritas variam entre 7 e 90% (Wu et al., 2008). A não adesão auto-relatada reportada varia normalmente entre 30% a 60% (Delgado & Lima, 2001).

Apesar de as taxas de adesão variarem dependendo do método utilizado na sua medição, diferentes estudos revelam que a taxa de AT se situa entre os 61 e os 80% para todas as TF associadas à IC (Cline, Bjorck-Linne, Israelsson, Willenheimer & Erhardt, 1999; Goodyer, Miskelly & Milligan, 1995).

A não adesão à terapêutica prescrita é uma causa importante de baixa qualidade de vida, internamentos, mortalidade e despesas médicas acrescidas em doentes com IC (Wu et al., 2009). Foi ainda sugerido que a AT é tanto menor quanto mais tempo o doente vive com a doença (Wu et al., 2008).

Estudos realizados sobre a adesão relativa aos iECA, utilizando o MEMS e o recurso às bases de dados electrónicas de prescrição de medicamentos, revelaram taxas de adesão entre os 67% e os 92,9%, sendo que 50% a 73% dos pacientes revelavam taxas de adesão superiores a 80%

(Bohachick, Burke, Sereika, Murali & Dunbar-Jacob, 2002; Struthers, Anderson, MacFadyen, Fraser & MacDonald, 1999; Roe, Motheral, Teitelbaum & Rich, 2000; Roe, Motheral, Teitelbaum & Rich, 1999).

Cole et al. levaram a cabo um estudo em que avaliaram a taxa de adesão relativa a bloqueadores beta e inibidores ACE, examinando o efeito da associação de medicamentos na taxa de adesão. A taxa média encontrada situava-se nos 91,6% para os beta-bloqueadores e nos 92,9% para os inibidores ACE (Cole, Norman, Weatherby & Walker, 2006).

Gislason, Rasmussen & Abildstrom (2007) conduziram um estudo com o mesmo objectivo, utilizando uma base de dados farmacêutica com uma ampla população, de forma a monitorizar o levantamento das prescrições médicas. Verificaram que os pacientes que, em algum momento, interromperam a TF com bloqueadores beta durante, pelo menos, 90 dias, tinham um risco 1,25 vezes superior de falecer. Para a interrupção da TF com iECA ou ARB, o risco era 1,37 vezes superior.

As causas para a não adesão não parecem divergir na população geral ou em doentes com IC. Estes últimos, tais como outros doentes com as mais diversas patologias, apresentam um risco inerente de incumprimento devido a uma grande variedade de factores, tal como já referido: problemas psicológicos, défices cognitivos, efeitos secundários da medicação, complexidade do regime da TF, falta de *insight* sobre a doença, custo dos medicamentos, doenças concomitantes e acompanhamento inadequado por parte dos prestadores de cuidados de saúde (Dezii, 2000; Osterberg & Blaschke, 2005; Murray et al., 2004; Billups, Malone & Carter, 2000).

A 70% dos doentes com IC são prescritos três ou mais medicamentos (Komajda, Follath & Swedberg, 2003). 50% dos pacientes com IC têm doenças associadas que necessitam também de TF (Gattis, 2000; Murray et al., 2004). A complexidade das TF é, pois, uma realidade incontornável. Ainda que indispensável, é a própria TF, na sua complexidade crescente e nos efeitos secundários que provoca, que se revela, frequentemente, como a principal barreira à adesão. No entanto, quando questionados sobre os motivos pelos quais não tomam ou interrompem em dado momento a sua medicação, os doentes geralmente referem o esquecimento, outras prioridades, falta de informação sobre os medicamentos prescritos e factores emocionais como razões principais (Osterberg & Blaschke, 2005).

Dados do *Euro-Heart Failure Study* demonstraram que uma grande proporção dos doentes com IC percebia erradamente ou esquecia as recomendações médicas, quer em relação à TF, quer aos hábitos diários e dieta, razão pela qual a ESC recomenda que, para além de fornecer ensinamentos

e instruções claros e detalhados aos seus pacientes (nomeadamente acerca dos efeitos, efeitos secundários da medicação e da forma como deve ser tomada), o clínico deve envolver a família e promover intervenções que fomentem a AT (Dickstein et al., 2008).

1.3 TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO

Neste estudo procuramos analisar o comportamento de adesão à TF à luz da Teoria do Comportamento Planeado (TPB) de Ajzen (1991), que constitui um dos modelos teóricos mais utilizados, estudados e empiricamente validados na área da saúde (Armitage e Conner, 2001).

Esta teoria desenvolveu-se a partir da Teoria da Acção Reflectida (Fishbein & Ajzen, 1975), à qual foi adicionado o conceito de percepção de controlo do comportamento. A teoria da acção reflectida foi desenvolvida no sentido de explicar comportamentos motivados, i.e., que dependem da vontade do indivíduo. Quando nos reportamos à adesão terapêutica, podemos assumir que este comportamento é determinado, em parte, pela intenção do sujeito de o realizar ou não. Posto isto, consideramos a intenção como preditor imediato e único do comportamento nesta teoria. A intenção, por sua vez, é determinada pela Atitude, pela Norma Subjectiva e pela Percepção de Controlo do comportamento, conforme se pode observar na Figura 1 (Ajzen, 1991, 2006).

De uma forma geral, quanto mais favorável a atitude e a norma subjectiva em relação a um comportamento e quanto maior o controlo comportamental percebido em relação a esse comportamento, mais forte deverá ser a intenção do indivíduo realizar o comportamento em questão.

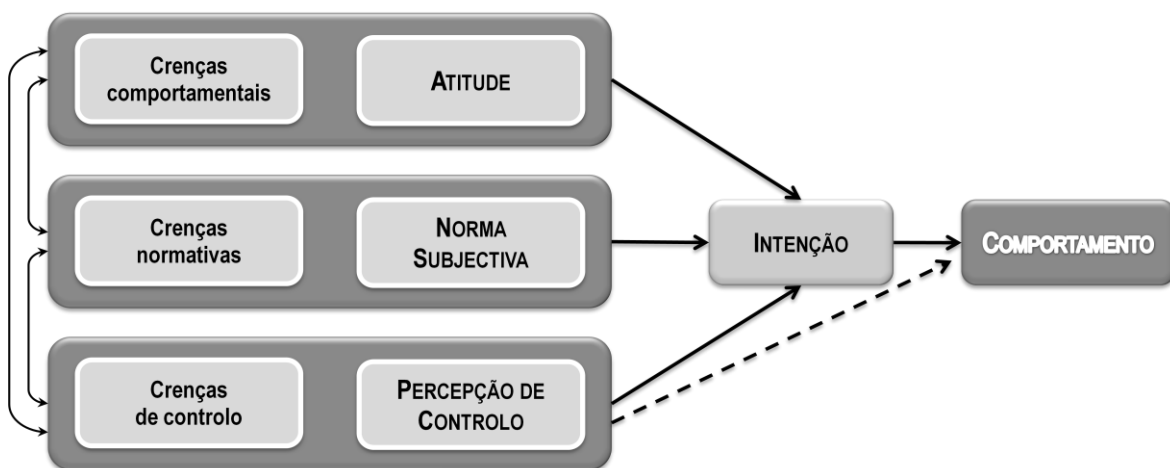


Figura 1 - Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 2006)

A atitude reflecte-se numa avaliação positiva ou negativa do comportamento executado (e.g. bom/mau; favorável/desfavorável) e é determinada através da avaliação das crenças sobre as consequências que podem surgir desse comportamento (crenças comportamentais).

Por sua vez, a norma subjectiva reflecte a percepção da pressão social que os indivíduos podem sentir para executar ou não o comportamento. Dependendo da população e do comportamento em estudo, os sujeitos significativos podem ser o cônjuge, família, amigos ou, por outro lado, o médico, um superior ou colegas de trabalho. Está relacionada com a percepção do indivíduo de que as pessoas que são importantes para ele pensam que o comportamento deve ser realizado. A contribuição da opinião de qualquer referente está, obviamente, dependente da motivação que o indivíduo tem em actuar de acordo com os desejos dele ou, mesmo, da sua disposição pessoal para cumprir as normas.

Já a percepção de controlo do comportamento é definida como a percepção da facilidade ou dificuldade em executar o comportamento, podendo também influenciar directamente o comportamento. O controlo comportamental percebido traduz a percepção que o indivíduo tem da sua capacidade para realizar um determinado comportamento, pelo que os recursos disponíveis influenciam também a probabilidade de realização do comportamento, uma vez que, para um sujeito poder decidir livremente se realiza, ou não, um determinado comportamento, esse comportamento tem de estar sob o seu controlo volitivo completo, tanto em relação a factores internos (p.e., capacidade, aptidões, conhecimentos), como em relação a factores externos (p.e., tempo ou dinheiro). Para Ajzen (2002), o construto da percepção de controlo comportamental deve abranger a auto-eficácia (percepção da facilidade ou dificuldade em desempenhar um comportamento) e a controlabilidade (percepção do grau em que o desempenho do comportamento depende do indivíduo) e deve ser medido utilizando itens que avaliem cada uma destas sub-componentes.

Neste estudo, pretendemos perceber a possibilidade de usar os diferentes componentes da atitude como descritos pela Teoria do Comportamento Planeado como preditores da adesão terapêutica.

1.4 OBJECTIVOS

Pretende-se, com o presente estudo, responder a uma questão de investigação, que orientou todo o trabalho realizado: “Que factores determinam os comportamentos de adesão à terapêutica farmacológica nos doentes com Insuficiência Cardíaca Crónica?” e, mais especificamente:

1. Conhecer os regimes terapêuticos seguidos pelos doentes com IC crónica;
2. Avaliar a adesão ao regime terapêutico prescrito;
3. Identificar as variáveis psicossociais relacionadas com a AT;
4. Estudar, através de alguns modelos explicativos de mudança comportamental, a intenção e seus determinantes (norma subjectiva, crenças comportamentais e percepção de controlo), enquanto preditores da AT (segundo a Teoria do Comportamento Planeado).

Capítulo II – Método

Utilizando uma metodologia de investigação quantitativa, o presente estudo obedece a um desenho não experimental, também designado por estudo correlacional (não existe manipulação de variáveis independentes e não se pretende o estabelecimento de causalidades, mas antes a descrição dos fenómenos e análise de relações entre as variáveis estudadas) (Almeida e Freire, 2003).

2.1 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo são doentes da Consulta Externa do Hospital de São João e, mais especificamente, da Consulta de Insuficiência Cardíaca do Serviço de Medicina Interna.

Optou-se por recolher uma amostra acidental ou de conveniência que, segundo Fortin (1999), é aceitável nos estudos exploratórios.

2.1.1 SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES

Consideraram-se, como critérios de inclusão, idade superior a 18 anos, diagnóstico de IC estabelecido há, pelo menos, 1 ano (qualquer etiologia), sob terapêutica médica otimizada e sem alteração nos últimos 3 meses, sem agravamento recente de IC (sem internamentos ou recurso ao serviço de urgência por causa cardíaca nos últimos 3 meses) e aceitação para participar no estudo, com consentimento informado, após esclarecimento dos objectivos, procedimentos e riscos/benefícios. A recolha de dados foi efectuada no período entre Janeiro de 2009 e Novembro de 2010, perfazendo um total de 69 participantes. Destes, 5 foram excluídos por preenchimento insuficiente do questionário e ausência de dados de caracterização importantes.

2.1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A tabela 1 descreve as principais características sócio-demográficas dos 64 sujeitos que constituem a amostra. 73,4% dos participantes são do sexo masculino, sendo que os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 35 e os 91 anos ($M=68,53$; $DP=13,94$).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos sujeitos completou apenas o primeiro ciclo. Existem três sujeitos que não completaram qualquer nível escolar, sendo um deles analfabeto. 89,1% dos participantes são casados.

No que se refere ao concelho de residência, os participantes distribuem-se pelo concelho do Porto (37,5%) e outros concelhos da AMP (Gondomar, Valongo, Maia e Vila do Conde). Relativamente à situação profissional, predominam os sujeitos reformados (82,8%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	47	73,4%
	Feminino	17	26,6%
Idade	≤ 40 anos	2	3,1%
	41 a 60 anos	13	20,3%
	61 a 80 anos	35	54,7%
	≥ 80 anos	14	21,9%
Nível de Escolaridade	Médio/Superior	1	1,6%
	Secundário	2	3,1%
	3º Ciclo	3	4,7%
	2º Ciclo	15	23,4%
	1º Ciclo	40	62,5%
	Sabe ler e escrever	2	3,1%
	Não sabe ler nem escrever	1	1,6%
Estado Civil	Casado	57	89,1%
	Solteiro	2	3,1%
	Viúvo	3	4,7%
	Divorciado	2	3,1%
Concelho de residência	Porto	24	37,5%
	Gondomar	18	28,1%
	Valongo	7	10,9%
	Maia	7	10,9%
	Vila do Conde	2	3,1%
	Outros	6	9,4%
Situação profissional	Quadro Médio	1	1,6%
	Empregado Escritório	1	1,6%
	Operário especializado	3	4,7%
	Trabalhador não qualificado	1	1,6%
	Doméstica	4	6,3%
	Reformado	53	82,8%
	Desempregado	1	1,6%
Classe NYHA	I	20	31,3%
	Ib	1	1,6%
	II	30	46,9%
	IIb	4	6,3%
	III	9	14,1%

No que concerne à classificação da IC, foi utilizada a classificação da *New York Heart Association*, pois, além de ser uma forma simples de caracterização, baseia-se na sintomatologia e limitação produzida pela doença, categorizando os doentes em quatro classes (Quadro 2).

Quadro 2 – Classificação NYHA

Classe	Sintomas
I	Sem sintomas ou limitação da actividade física usual (p.e., dispneia ao caminhar ou subir escadas)
II	Limitação discreta da actividade física (cansaço, dispneia); confortável em repouso
III	Limitação marcada da actividade física; mesmo a actividade mais leve do que a habitual gera cansaço e dispneia; confortável em repouso
IV	Limitações severas; incapacidade para realizar qualquer tipo de actividade física sem desconforto; sintomático mesmo em repouso

Fonte: NYHA (1994)

2.2 MATERIAL

Para obter os dados relativos às variáveis a estudar foi utilizado um instrumento (Anexo) estruturado em quatro partes:

2.2.1 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO, INFORMAÇÃO RELATIVA A COMORBILIDADES E TERAPÊUTICA

A caracterização sócio-demográfica inclui as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, concelho de residência e situação profissional. Estes dados foram recolhidos pelos profissionais de saúde, tendo sido recolhidos ainda dados relativos às comorbilidades e terapêutica em curso.

2.2.2 DADOS SOBRE O CONHECIMENTO DA TERAPÊUTICA E NECESSIDADE DE AJUDA

Pretendia-se aferir se os doentes conheciam os nomes dos medicamentos actualmente prescritos, bem como a sua função. Para além destes dados, o doente era questionado sobre a necessidade de ajuda na toma da TF prescrita.

2.2.3 MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT) (DELGADO & LIMA, 2001)

A MAT foi desenvolvida a partir da medida de adesão apresentada por Morisky, Green e Levine (1986), o Medication Adherence Survey (MAS), composto por 4 itens de resposta dicotómica, desenhado com o propósito de avaliar (de forma indirecta, por auto-relato) a adesão dos pacientes com elevada pressão arterial à terapêutica farmacológica em regime de ambatório. O MAS tem sido utilizado, de forma adaptada, para avaliar a adesão terapêutica, com sucesso, em distintas populações (e.g. Hawkshead & Krousel-Wood, 2007; Willey, Redding, Stafford, Garfield, Geletko, Flanigan, Melbourne, Mitty & Caro, 2000).

A MAT inclui 7 itens, tendo os autores optado por comparar diferentes condições de resposta (dicotómica vs. escala de Likert). Nesse estudo, a MAT apresentou uma boa consistência interna na condição de resposta na forma de escala de Likert ($\alpha = 0,74$) e, em termos de validade concorrente, a medida de adesão apresentou correlações elevadas. A resposta em forma de escala de Likert revelou maior sensibilidade e especificidade a captar os diversos comportamentos de adesão, pelo que se optou por utilizar esta forma, obtendo-se um valor de Alpha de Cronbach de 0,91.

Foi prevista, no projecto inicial, uma colheita de sangue venoso (para realização de análises de rotina) em que o sangue seria também utilizado, com o consentimento do paciente, para realizar o doseamento sérico da digoxina (cardiotónico digitálico comumente utilizado em pacientes com IC), avaliando-se, também, a ocorrência de internamentos por descompensação de IC e a morte por qualquer causa. Estas medidas tinham como objectivo aferir a validade concorrente dos resultados obtidos. No entanto, verificou-se que apenas uma pequena percentagem (<20%) dos sujeitos incluídos no estudo utilizava este fármaco, pelo que o seu doseamento sérico não foi realizado.

2.2.4 QUESTIONÁRIO TPB

Para avaliar as variáveis psicológicas preditas pela Teoria do Comportamento Planeado (Theory of Planned Behaviour – TPB), desenvolveu-se um questionário especificamente para o efeito, composto por várias afirmações que o sujeito deve classificar, quanto ao grau de concordância, através de uma escala de Likert ou de diferencial semântico (de 7 pontos), conforme a questão.

2.1.4.1 Atitudes em relação à adesão terapêutica

Esta componente foi avaliada através de seis diferenciais semânticos (7 pontos), 2 dos quais invertidos, que deram origem a uma medida de atitudes (p.e., tomar a medicação conforme a prescrição do médico é: bom-mau, desnecessário-necessário, útil-inútil, correcto-incorreto, negativo-positivo e indispensável-dispensável). Após eliminação do quinto item (“negativo-positivo”), o coeficiente de consistência interna obtido foi de 0,73.

2.1.4.2 Norma subjectiva

Avaliada através de 6 itens, quatro dos quais relativos aos referentes em geral (p.e., “A maioria das pessoas que são importantes para mim, pensam que eu devo tomar a medicação conforme a prescrição do médico”), um relativo ao médico enquanto referente (“O meu médico quer que eu tome a medicação conforme ele prescreve”) e outro relativo à família (“Os meus familiares querem que eu tome a medicação conforme a prescrição do médico”). Após eliminação dos itens nove, seis, três e um, que apresentavam baixas correlações item-total, o coeficiente de consistência interna foi de 0,79.

2.1.4.3 Percepção de controle

Avaliada através de 4 itens: dois relativos à auto-eficácia (p.e., “Se eu quisesse tomar a medicação conforme a prescrição do médico, seria capaz de o fazer” e dois relativos à controlabilidade (p.e., “A decisão de tomar a medicação conforme a prescrição do médico está fora do meu controle”). O coeficiente de consistência interna foi de 0,76.

2.1.4.4 Intenção

Optou-se por utilizar três itens para avaliação da intenção “generalizada”, mantendo a escala de concordância de 7 pontos, preterindo a utilização de apenas um item para medição da “performance” (ver Francis, Eccles, Johnston et al., 2004). A intenção foi assim avaliada em três itens como, por exemplo “Tenciono tomar a medicação conforme a prescrição do médico”. O coeficiente de consistência interna foi de 0,84.

2.1.4.5 Comportamento anterior

O comportamento anterior foi avaliado através de três itens relativos ao número de vezes, nos últimos três meses, em que o sujeito a) se tinha esquecido de tomar a medicação, b) não tinha tomado a medicação por opção e c) não comprou os medicamentos prescritos. O coeficiente de consistência interna foi de 0,80.

Na elaboração dos enunciados e itens inerentes a cada uma das partes do instrumento, procurou-se uma linguagem clara e acessível. Foi ainda realizado um pré-teste com 6 sujeitos (não incluídos no estudo, com idade superior a 50 anos), que não revelou dificuldades de compreensão das questões ou dúvidas quanto ao significado dos itens.

A fidelidade dos resultados, em ambas as escalas (Tabelas 2 e 3), foi avaliada através da consistência interna ou homogeneidade dos itens, tendo sido calculado o coeficiente de Alpha de Cronbach, que, segundo Almeida e Freire (2003), será tanto maior quanto maior for a consistência interna ou homogeneidade dos. Estes autores sugerem ainda que um Alpha superior a 0,70 representa uma consistência interna aceitável. No entanto, valores acima de 0,60 podem ser considerados aceitáveis quando a escala tem um número reduzido de itens (Freire & Almeida, 2001).

Tabela 2 - Valores de alpha de Cronbach e correlações item-total para as dimensões da TPB

Dimensões	Itens	α	Correlação item-total
Atitude		0,72	
	Mau-Bom *		0,56
	Desnecessário-Necessário		0,85
	Inútil-Útil *		0,55
	Incorrecto-Correcto		0,55
	Dispensável - Indispensável *		0,78
Norma subjectiva		0,79	
	Os meus familiares querem que eu tome a medicação ...		0,67
	As pessoas que são importantes para mim querem que eu tome a medicação ...		0,67
Percepção de controlo		0,76	
	Difícil-Fácil		0,48
	Se eu quisesse tomar a medicação ... seria capaz de o fazer		0,49
	A decisão de tomar a medicação ... está fora do meu controlo *		0,67
	Tomar ou não a medicação ... é uma decisão inteiramente minha		0,60
Intenção		0,84	
	Eu quero tomar a medicação ...		0,80
	Tenciono tomar a medicação ...		0,77
	Eu espero tomar a medicação ...		0,58
Comportamento anterior		0,80	
	... se esqueceu de tomar a medicação?		0,69
	... não tomou a medicação por opção?		0,54
	... não comprou os medicamentos prescritos?		0,79

* Itens invertidos (recodificados)

Tabela 3 - Valor de alpha de Cronbach e correlações item-total para a MAT

Dimensões	Itens	α	Correlação item-total
MAT		0,91	
	Com que frequência se esquece de tomar os medicamentos para a sua doença?		0,63
	Com que frequência é descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?		0,72
	Com que frequência deixa de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?		0,66
	Com que frequência deixa de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se sentir pior?		0,79
	Com que frequência toma mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se sentir pior?		0,76
	Com que frequência interrompe a terapêutica para a sua doença por deixar acabar os medicamentos?		0,89
	Com que frequência deixa de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?		0,75
	De uma forma geral, com que frequência cumpre a prescrição do médico?		0,38

2.3 PROCEDIMENTOS

Os doentes elegíveis para o estudo foram informados sobre os objectivos do mesmo e procedimentos necessários, sendo pedido o seu consentimento para a participação. Foi ainda explicado aos pacientes que, apesar de não ser possível o anonimato, seria sempre mantida a confidencialidade dos dados obtidos, pelo que nem mesmo o médico assistente teria acesso às informações prestadas (nomeadamente em relação à adesão terapêutica).

Foram recolhidos dados sócio-demográficos e informação relativa a comorbilidades e terapêutica em curso, tendo os doentes que aceitaram participar preenchido um questionário estruturado de perguntas abertas e fechadas relativo ao estudo da adesão terapêutica e seus determinantes (norma subjectiva, crenças comportamentais e percepção de controlo) enquanto preditores da AT.

Para a análise dos dados obtidos foi utilizado o *software* de análise estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Antes da realização dos procedimentos estatísticos que procuram responder às questões de investigação, realizou-se um *data screening* e recodificação dos itens que se encontravam invertidos.

Os dados relativos à caracterização da amostra (variáveis sócio-demográficas) foram obtidos a através de medidas descritivas. Posteriormente, foi realizado o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos, na presente amostra, nomeadamente a análise da fidelidade dos resultados, através do cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach.

Para efeitos de análise, tanto para a MAT como para a TPB, computaram-se as diferentes dimensões, recorrendo-se ao cálculo da média dos itens de cada uma delas. Foram efectuadas as correlações entre os componentes do modelo e realizada uma análise de regressão linear no sentido de avaliar o seu poder preditivo. Adicionalmente, utilizaram-se análises estatísticas inferenciais (*t* de Student e ANOVA) para testar diferenças entre grupos.

Capítulo III – Resultados

A apresentação dos resultados encontra-se organizada no sentido de responder aos objectivos da investigação. Desta forma, inicia-se esta secção com a apresentação dos resultados obtidos em cada domínio avaliado: conhecimento da terapêutica e necessidade de ajuda, comorbilidades, adesão à terapêutica, preditores da intenção de adesão à TF segundo a TPB e ocorrência de internamento e recurso ao SU. Adicionalmente, exploram-se as relações entre as várias dimensões específicas dos diferentes domínios em estudo.

3.1 CONHECIMENTO DA TERAPÊUTICA E NECESSIDADE DE AJUDA

No que concerne ao conhecimento sobre a terapêutica farmacológica, os sujeitos foram questionados sobre o nome dos medicamentos actualmente prescritos, bem como sobre a função de cada um. Foram consideradas válidas todas as respostas que indicavam o nome comercial ou princípio activo do medicamento (identificação) e que indicavam, genericamente, a sua função, efeito terapêutico ou sinais e sintomas sobre os quais tem acção. Seguidamente, no quadro 3, descrevem-se alguns exemplos de respostas consideradas válidas:

Quadro 3 – Exemplos de respostas válidas para identificação e função dos medicamentos prescritos

Medicamento	Exemplos válidos
Lasix ou Furosemida	<i>diurético por causa dos inchaços para urinar evita os edemas</i>
Varfine ou Varfarina	<i>pôr o sangue fino por causa da prótese [valvular] anticoagulante</i>
Coronat ou Carvedilol	<i>para as tensões por causa da hipertensão baixar as tensões</i>
Sinvastatina	<i>para o colesterol sangue gordo</i>

Os sujeitos que participaram no estudo tomam, actualmente, entre 4 e 14 medicamentos ($M=8,28$; $DP=2,21$), alguns dos quais em múltiplas doses diárias. Uma percentagem considerável destes (21,9%), não conseguiu identificar nenhum dos medicamentos actualmente prescritos, revelando um total desconhecimento da TF. Mas esta percentagem sobe quando questionados sobre a função de cada um dos medicamentos, sendo que 35,9% não conseguiram definir a função de nenhum dos medicamentos prescritos (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequências absolutas e relativas da identificação e indicação da função dos medicamentos prescritos

	Identificação		Função	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nenhum	14	21,9%	23	35,9%
< 25%	3	4,7%	4	6,3%
25 a 49%	3	4,7%	7	10,9%
50 a 74%	8	12,5%	11	17,2%
75 a 99%	16	25,0%	14	21,9%
Todos	20	31,3%	5	7,8%

No sentido de tentar conhecer os regimes terapêuticos seguidos pelos doentes com IC crónica e a sua complexidade e especificidades, procuramos perceber os tipos de medicamentos mais utilizados pelos sujeitos da amostra, bem como quais eram mais identificados pelos doentes (Tabela 5). Os medicamentos foram agrupados nas categorias definidas no *Prontuário Terapêutico do Infarmed* (2010).

Conforme é possível constatar através da Tabela 6, quando questionados sobre se tinham, habitualmente, ajuda com a medicação, 39,1% dos sujeitos indicaram que sim, 76% dos quais (29,7% da amostra) indicaram também que era outra pessoa que lhes seleccionava e preparava a medicação a tomar.

Verificou-se ainda que a necessidade de ajuda aumenta com a idade, sendo que os pacientes que indicam ser ajudados por terceiros na toma da medicação são mais velhos ($M=76,45$; $DP=8,38$) do que os que não necessitam de qualquer tipo de assistência ($M=62,55$; $DP=13,64$; $t(54)=4,78$, $p<0,05$).

Tabela 5 – Frequências absolutas e relativas
da identificação e indicação da função dos medicamentos prescritos por categoria de medicamento

Medicamento			n *	% **	Identificação	Função
Sistema Nervoso Central	Antiepilépticos e anticonvulsivantes		8	12,5%	86,7%	50,0%
	Ansiolíticos e sedativos		27	32,8%	52,6%	41,7%
	Psicofármacos	Antipsicóticos	1	3,1%	100,0%	100,0%
		Antidepressores	13	15,6%	40,5%	23,8%
	Analgésicos e antipiréticos ¹		22	34,4%	50,0%	41,1%
Aparelho Cardiovascular	Cardiotónicos	Digitálicos	14	21,9%	85,7%	50,0%
	Antiarrítmicos		2	3,1%	50,0%	50,0%
	Anti-hipertensores	Diuréticos	92	98,4%	57,4%	44,6%
		iECA	50	78,1%	89,0%	76,2%
		ARA II	13	20,3%	20,5%	13,4%
		Bloqueadores beta	59	89,1%	61,9%	34,7%
	Vasodilatadores	Bloqueadores da entrada do cálcio	7	10,9%	55,0%	35,0%
		Antianginosos	12	18,8%	57,1%	25,7%
		Outros vasodilatadores	7	10,9%	20,0%	10,0%
	Venotrópicos		2	3,1%	50,0%	50,0%
	Antidislipídicos	Estatinas	48	75,0%	72,0%	53,2%
		Fibratos	2	3,1%	50,0%	0,0%
Sangue	Anticoagulantes e antitrombóticos	Anticoagulantes orais	24	37,5%	75,0%	66,7%
		Antiagregantes plaquetários	23	32,8%	77,7%	48,7%
Aparelho Respiratório	Antiasmáticos e broncodilatadores		12	15,6%	37,3%	20,6%
Aparelho Digestivo	Antiácidos e anti-ulcerosos		24	35,9%	33,9%	29,9%
Aparelho Geniturinário	Medicamentos usados na retenção urinária		8	10,9%	73,3%	56,7%
Hormonas	Insulinas		29	35,9%	86,5%	78,2%
Aparelho Locomotor	Medicamentos usados para o tratamento da gota		19	29,7%	68,2%	42,9%
	Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio		3	4,7%	66,7%	33,3%
Nutrição	Vitaminas e sais minerais		3	4,7%	50,0%	50,0%
Outros			6	12,5%	66,7%	33,3%

* número de respostas; ** percentagem de participantes a quem foi prescrito o medicamento

¹ - Nesta categoria encontra-se o ácido acetilsalicílico e em associação com ácido ascórbico (nomes comerciais Aspirina e AAS) que, apesar de estarem classificados no grupo dos analgésicos e antipiréticos, são prescritos em doses específicas pelo seu efeito de profilaxia secundária de acidentes cardio e cerebrovasculares isquémicos.

Tabela 6 – Frequências absolutas e relativas da necessidade e tipo de ajuda

		<i>n</i>	%
Necessidade de ajuda	Sim	25	39,1%
	Não	33	51,6%
	NR	6	9,4%
De que tipo	Alertar que é hora de tomar a medicação	2	8,0%
	Ajudar a lembrar qual o medicamento e/ou dose	2	8,0%
	Seleccionar e preparar a medicação para tomar	19	76,0%
	NR	2	8,0%

3.2 COMORBILIDADES

A existência de doenças em comorbilidade está associada a prognósticos mais negativos, bem como uma gestão mais complexa das doenças em associação e das respectivas TF. A avaliação da comorbilidade tem sido também usada para avaliar o “peso” da doença (*burden of illness or disease*), definido pelo “peso” da disfunção fisiológica ou pelo peso das diferentes patologias associadas, assumindo-se que essa associação tem também um impacto psicológico. Este conceito tem sido também relacionado com a funcionalidade e qualidade de vida do doente (Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury & Roland, 2009).

Dos 64 sujeitos da amostra, dez não apresentam qualquer comorbilidade. Em média, os participantes têm outras duas patologias em comorbilidade com a IC ($DP=0,20$), sendo que o doente que apresenta mais doenças em associação regista seis.

Com vista a melhor perceber a situação clínica destes doentes, procedeu-se a uma análise das patologias associadas à IC, conforme resumido na tabela 7.

Tabela 7 - Frequências absolutas e relativas das comorbilidades

	<i>n</i>	%
Diabetes Mellitus Tipo 2	19	29,7%
Insuficiência Renal Crónica	18	28,1%
Fibrilhação Auricular	17	26,6%
Hipertensão arterial	17	26,6%
Dislipidemia	11	17,2%
Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono	9	14,1%
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	3	4,7%
Outras	31	48,4%

Na categoria “outras” foram incluídas todas as patologias com uma frequência absoluta inferior a 3, para permitir uma melhor leitura dos resultados. Incluem-se nesta categoria doenças/condições muito variadas, tais como osteoporose, artrite reumatóide, hipovisão, hipoacusia, hipotireoidismo, glaucoma e epilepsia.

3.3 ADESÃO À TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

A tabela 8 ilustra os valores médios dos oito itens que compõe a MAT podendo-se, pela sua análise, verificar que a adesão reportada é muito positiva (bastante acima do ponto médio da escala).

Tabela 8 - Medidas descritivas dos resultados da MAT

MAT	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Com que frequência se esquece de tomar os medicamentos para a sua doença?	64	6,28	1,51	1,00	7,00
Com que frequência é descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	64	6,11	1,49	1,00	7,00
Com que frequência deixa de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?	64	6,31	1,50	1,00	7,00
Com que frequência deixa de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se sentir pior?	64	6,38	1,51	1,00	7,00
Com que frequência toma mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se sentir pior?	64	6,33	1,58	1,00	7,00
Com que frequência interrompe a terapêutica para a sua doença por deixar acabar os medicamentos?	64	6,30	1,52	1,00	7,00
Com que frequência deixa de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	64	6,28	1,57	1,00	7,00
De uma forma geral, com que frequência cumpre a prescrição do médico?	64	6,39	1,45	1,00	7,00

O item 7 continha uma questão aberta cuja finalidade era a de perceber qual o motivo pelo qual os participantes deixaram de tomar os medicamentos, sendo que seis alegaram que ocasionalmente não compravam os medicamentos por motivos económicos e dois indicaram que, por vezes, não tomavam a medicação para evitar os seus efeitos em situações específicas (diuréticos, p.e.).

3.4 PREDITORES DA AT SEGUNDO A TPB

No sentido de avaliar o poder preditivo da TPB, procedeu-se inicialmente à análise de correlações entre os componentes desta teoria, sendo que, conforme se pode observar na tabela 9, o único que

se correlacionou significativamente com a intenção de tomar a medicação conforme a prescrição do médico foi o Comportamento Anterior. Foram igualmente avaliadas as correlações entre os componentes da TPB e a MAT, tendo-se verificado correlações estatisticamente significativas entre a MAT e a Intenção (positiva) e entre a MAT e o Comportamento Anterior (negativa).

Verificou-se, portanto, que, quanto mais elevado é o número de prevaricações anteriores, menor é a intenção dos participantes de tomarem a medicação de acordo com a prescrição médica. No mesmo sentido, menor é a adesão reportada através da MAT. Da mesma forma, os sujeitos que apresentam valores mais altos de adesão reportada, apresentam também maior intenção de tomar a medicação.

Tabela 9 – Correlações entre as dimensões da TPB e a MAT

	Atitude	Norma subjectiva	Percepção de controlo	Intenção	Comportamento anterior	MAT
Atitude	-	-	-	-	-	-
Norma subjectiva	-0,039	-	-	-	-	-
Percepção de controlo	0,041	0,067	-	-	-	-
Intenção	-0,050	-0,075	-0,095	-	-	-
Comportamento anterior	0,043	0,001	0,028	-0,565**	-	-
MAT	-0,016	0,032	-0,121	0,485**	-0,450**	-

** $p < .01$

Relativamente ao comportamento anterior, é de salientar que, em média, os participantes se esqueceram de tomar a medicação uma vez nos últimos três meses ($DP=2,37$; $min=0$; $max=10$), não a tomaram por opção 0,9 vezes ($DP=3,20$; $min=0$; $max=20$) e não a compraram 0,5 vezes ($DP=1,97$; $min=0$; $max=9$).

Procedeu-se em seguida à análise de regressão linear, cujos resultados indicam que a variância explicada pelo modelo é de 28,6% ($R^2=0,29$, $F(4)=7,30$, $p<0,001$), sendo que o único preditor significativo da intenção encontrado foi o comportamento anterior ($\beta=-0,56$, $p<0,001$). Da mesma forma, realizou-se uma análise de regressão linear com o objectivo de perceber se estas dimensões poderiam ser utilizadas para prever o comportamento ($R^2=0,23$, $F(5)=4,78$, $p=0,001$). No entanto, os únicos preditores com significância estatística encontrados foram o comportamento anterior e a intenção, como se ilustra na tabela 10.

Tabela 10 – Preditores da intenção, segundo a TPB, e da adesão à terapêutica

	Intenção		Adesão à terapêutica	
	β	t	β	t
Atitude	-0,03	-0,24	0,02	0,16
Norma subjectiva	-0,07	-0,67	0,06	0,57
Percepção de controlo	-0,07	-0,68	-0,09	-0,78
Comportamento anterior	-0,56	-5,27***	-0,26	-1,93*
Intenção	-	-	0,34	2,49*

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$

3.5 OCORRÊNCIA DE INTERNAMENTOS E RECURSO AO SU

Foram ainda registados os internamentos ocorridos até 6 meses após o preenchimento do questionário, bem como o recurso ao Serviço de Urgência, tendo sido avaliadas as causas de ambos. Foram excluídos da análise as ocorrências que não se relacionavam directa ou indirectamente com a IC.

Tabela 11 – Frequência absolutas e relativas dos principais motivos de internamento e recurso ao SU

Principal motivo	Internamento		Principal motivo	Recurso ao SU	
	n	%		n	%
IC descompensada	7	10,9%	Dispneia/ortopneia	5	7,8%
INR acima dos níveis terapêuticos	1	1,6%	Hiper/hipoglicemia	2	3,1%
Sem registo de internamentos	56	87,5%	Hiper/hipotensão	2	3,1%
			IC descompensada	9	14,1%
			Sem registo de recurso ao SU	46	71,9%

A duração média dos internamentos registados foi de 7,6 dias ($DP=8,46$; $min=1$; $max=30$).

Não foi encontrada nenhuma correlação significativa entre o internamento ou recurso ao SU e o comportamento de adesão anterior ou a adesão medida através da MAT.

3.6 RELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DA TPB E MAT E AS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO

Relativamente à variável sexo, tal como é possível constatar através da Tabela 12, a única dimensão da TPB em que existem diferenças significativas entre homens e mulheres é a percepção

de controlo. Neste caso, os homens ($M=5,58$; $DP=1,58$) apresentam valores de percepção de controlo mais elevados do que as mulheres ($M=4,10$; $DP=1,95$).

Tabela 12 – Teste *t* de Student relativo às dimensões da TPB e MAT e variáveis de caracterização

	Sexo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
MAT	Masculino	47	6,28	1,23	-0,183
	Feminino	17	6,34	1,03	
Atitude	Masculino	47	6,74	0,88	0,282
	Feminino	17	6,87	0,51	
Norma subjectiva	Masculino	47	6,92	0,27	2,077
	Feminino	17	6,45	0,37	
Percepção de controlo	Masculino	47	5,58	1,58	2,810**
	Feminino	17	4,10	1,95	
Intenção	Masculino	47	6,43	1,11	-0,331
	Feminino	17	6,52	0,88	
Comportamento anterior	Masculino	47	0,86	2,11	0,324
	Feminino	17	0,66	2,17	

** $p<.01$

Quanto à idade, detectou-se uma correlação positiva significativa com a Atitude, i.e., verificou-se que os participantes mais velhos têm uma atitude mais positiva em relação à adesão à terapêutica ($r=0,33$, $p<0,01$).

No que toca à classe de IC, foi possível constatar, através da realização de uma análise de variância (ANOVA; Bonferroni post-hoc test; $F(2)=4,08$, $p<0.05$), que os participantes com classe NYHA 3 ($M=2,23$, $DP=3,54$) diferem significativamente dos sujeitos com IC de classe I ($M=0,41$, $DP=0,96$) e II ($M=0,47$, $DP=1,62$), no sentido em que apresentam maior número de prevaricações no comportamento anterior (Gráfico 1).

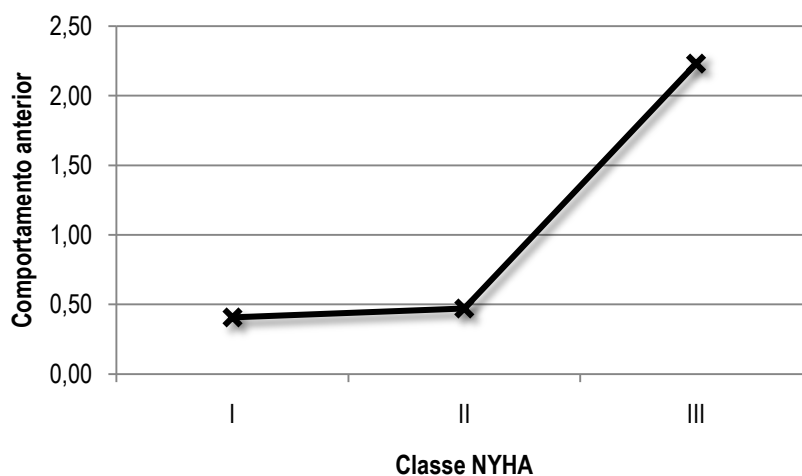


Gráfico 1 – Representação gráfica das diferenças relativas ao comportamento anterior entre as classes NYHA

Verificou-se ainda que os participantes que reportam dor indicam menos comportamentos anteriores de incumprimento ($M=0,15$; $DP=0,39$) do que os que não têm sintomatologia dolorosa ($M=1,31$; $DP=2,70$, $t(37)=-2,54$, $p<0,05$).

3.7 RELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DA TPB E MAT E O CONHECIMENTO DA TERAPÊUTICA

Com o objectivo de analisar as relações entre as dimensões da TPB, a MAT e as variáveis relativas ao conhecimento da terapêutica, foram calculados os valores de correlação entre estas variáveis, através do coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 13).

Tabela 13 - Correlações entre as dimensões da TPB, a MAT e as variáveis relativas ao conhecimento da terapêutica

	Atitude	Norma subjectiva	Percepção de controlo	Intenção	Comportamento anterior	MAT	Identificação	Função
Atitude	-	-	-	-	-	-	-	-
Norma subjectiva	-0,019	-	-	-	-	-	-	-
Percepção de controlo	0,041	0,067	-	-	-	-	-	-
Intenção	-0,05	-0,075	-0,095	-	-	-	-	-
Comportamento anterior	0,043	0,001	0,028	-0,565**	-	-	-	-
MAT	-0,016	0,032	-0,121	0,485**	-0,450**	-	-	-
Identificação	-0,097	-0,034	0,089	0,217	-0,353**	0,347**	-	-
Função	0,1343	-0,057	-0,027	0,128	-0,183	0,227	0,698**	-

** $p<0,01$

Verificou-se que a identificação do medicamento está significativamente correlacionada com a adesão (MAT) ($r=0,34$, $p<0,01$) e com o comportamento anterior ($r=-0,35$, $p<0,01$), i.e., participantes que mais identificam os medicamentos prescritos têm valores de adesão mais altos e menos comportamentos anteriores de não adesão.

Capítulo IV – Discussão dos resultados e conclusões

Tendo em consideração os resultados descritos no capítulo anterior, proceder-se-á neste capítulo à sua discussão, procurando salientar os mais significativos, confrontando-os com o quadro teórico de referência e comparando-os com os resultados obtidos noutras investigações.

A literatura refere, em diferentes estudos, que o conhecimento sobre o regime terapêutico é uma determinante importante de adesão (Johnson, 2002).

Com intuito de compreender o fenómeno da adesão, procuramos identificar a relação entre o conhecimento (identificação dos medicamentos prescritos e conhecimento sobre a sua função/acção) e a adesão ao regime medicamentoso.

De facto, foi possível estabelecer uma correlação entre a capacidade de identificação do medicamento (nomeação), não só com o comportamento de adesão (medido através da MAT), mas também com os comportamentos anteriores de adesão à TF.

Citando Ockene et al. (2002), a complexidade do regime medicamentoso em doentes crónicos dificulta a gestão do tratamento, apelando a um maior colaboração do doente, dado que acarretam, mais frequentemente, a ocorrência de erros (esquecimentos, alterações do horário de medicação, etc). No entanto, não foi possível neste estudo demonstrar a relação entre o número de medicamentos prescritos e os níveis de adesão terapêutica (ou qualquer outra variável relacionada). Os níveis de adesão auto-relatados foram bastante elevados (6,30 numa escala de 7 pontos, rondando os 90%), estando acima das taxas encontradas noutros estudos sobre a adesão à TF na IC (61 a 80%, segundo Cline, Bjorck-Linne, Israelsson, Willenheimer & Erhardt, 1999 e Goodyer, Miskelly & Milligan, 1995), mas de acordo com outros estudos que recorreram ao MEMS e às bases de dados electrónicas para quantificar a AT (67 a 93%, segundo Bohachick, Burke, Sereika, Murali & Dunbar-Jacob, 2002; Cole, Norman, Weatherby & Walker, 2006; Roe, Motheral, Teitelbaum & Rich, 2000 e Struthers, Anderson, MacFadyen, Fraser & MacDonald, 1999). No entanto, cerca de 40% dos participantes revelou ter algum tipo de ajuda com a toma da medicação e 21,9% não foi capaz de identificar nenhum dos medicamentos prescritos (35,9% quando questionados sobre a sua função). Estes dados podem levantar dúvidas quanto à veracidade das taxas de adesão relatadas, tendo em conta que, conforme sabemos, poderão estar influenciadas por efeitos de desejabilidade social (Oliveira, 2004). Por outro lado, a AT é frequentemente associada ao apoio da família e de outras pessoas importantes para o doente (WHO, 2003), pelo que a elevada taxa de necessidade de ajuda pode reportar-se a um elevado acompanhamento familiar destes doentes.

Aos doentes que participaram no estudo são prescritos, em média, oito medicamentos, sendo que cerca de 84% dos sujeitos têm doenças associadas. A complexidade das TF e os seus efeitos secundários são, muitas vezes, relatados como sendo a principal barreira à adesão. No entanto,

quando questionados sobre os motivos pelos quais não tomaram, em alguma altura, a medicação conforme a prescrição do seu médico, as razões mencionadas relacionam-se com a capacidade económica, em primeiro lugar, seguida dos efeitos indesejáveis, o que está de acordo com as constatações de Osterberg & Blaschke (2005) e do *Euro-Heart Failure Study* (Dickstein et al., 2008), em que se demonstrou que uma grande parte dos pacientes com IC compreendia erradamente a prescrição ou atribuía a não adesão a esquecimento ou falta de informação sobre o regime terapêutico.

A investigação presente na literatura demonstra ainda que a não adesão ocorre, muitas vezes, porque o regime terapêutico “não faz sentido” para o doente, por exemplo, em situações em que a medicação é prescrita na ausência de sintomatologia. Neste sentido, foi possível verificar que os participantes deste estudo que reportam dor indicam menos comportamentos anteriores de incumprimento, o que pode revelar uma motivação para a adesão relacionada com a sintomatologia. Por outro lado, sendo a TF crucial na IC e representando um possível determinante do resultado/sucesso clínico (Wu et al., 2009), é um factor potencialmente modificável. No nosso estudo, demonstramos que os participantes com IC em classe III eram mais prevaricadores do que os que se encontravam em classe I ou II. Não sendo esta, obviamente, uma relação de causa e efeito, levanta a possibilidade de optimização da adesão enquanto factor passível de alterar a situação clínica do paciente.

Tendo a TPB sido utilizada, com sucesso, em inúmeros trabalhos de investigação com o objectivo de prever a intenção de realizar determinado comportamento (ver Armitage e Conner, 2001, para uma meta-análise de 185 estudos para avaliar a eficácia da TPB), decidiu-se pela sua utilização no presente trabalho. Relativamente ao comportamento de adesão à TF, os resultados mostram que a Norma Subjectiva, Percepção de Controlo e Atitude não são preditores significativos, tendo emergido o comportamento anterior e a intenção como preditores válidos da adesão terapêutica. Na globalidade, este modelo permitiria explicar 23,1% da variância total.

Discutidos os principais resultados do estudo empírico, passamos a destacar as suas principais conclusões, apontando as limitações mais salientes e sugerindo algumas orientações para futuras investigações.

Numa análise retrospectiva, torna-se pertinente realçar os aspectos fulcrais deste trabalho, que se baseou, desde o início na premissa de que a compreensão dos factores que determinam os comportamentos de adesão contribuem para um melhor conhecimento do problema e poderão levar à implementação de intervenções baseadas em evidência, cujo objectivo seria o de aumentar a adesão à TF e potenciar os efeitos positivos associados a este aumento.

Estabeleceu-se como principal objectivo a resposta à questão de investigação orientadora de todo o estudo: “Que factores determinam os comportamentos de adesão à terapêutica farmacológica nos doentes com Insuficiência Cardíaca Crónica?”. Na generalidade, julgamos ter conseguido dar uma resposta válida a esta questão, tendo em conta os resultados apresentados e as limitações que a seguir se referem. Foi possível, pois, através do estudo das variáveis propostas, conhecer os regimes terapêuticos dos doentes com IC crónica e suas especificidades, bem como determinar a taxa de adesão a estes mesmos regimes. Avaliou-se ainda o conhecimento que os participantes tinham sobre a terapêutica prescritas, a necessidade de ajuda com a toma da medicação e as comorbilidades existentes. Através da TPB, tentamos relacionar a intenção e seus determinantes enquanto preditores da AT. Por fim, identificamos algumas variáveis psicossociais relacionadas com a adesão ou com a intenção.

Consideramos, no entanto, que seria relevante a inclusão e o estudo de outras medidas e dimensões, tais como sejam a qualidade de vida, a avaliação da sintomatologia de forma formal e mesmo uma maior exploração das condicionantes associadas ao conhecimento sobre a terapêutica prescrita (relação com os profissionais de saúde, estilo de comunicação na consulta). Por outro lado, julgamos fundamental, em futuras investigações, a adopção de medidas que permitam avaliar a validade concorrente dos resultados da MAT, como, por exemplo, a contagem de medicamentos que, apesar de ser um método moroso e que certamente necessita de uma maior alocação de recursos, se pode revelar bastante útil.

Ao longo do estudo, tentou-se antecipar e minimizar as dificuldades inerentes ao processo de investigação. No entanto, gostaríamos de salientar alguns aspectos que poderão ter influenciado os resultados obtidos. Relativamente à amostra e ao processo de amostragem, salienta-se a sua não representatividade, pelo que qualquer resultado encontrado terá de ser enquadrado nos objectivos desta investigação. Por último e tendo em conta a baixa escolaridade dos utentes da consulta de IC, optaríamos por, em próximas investigações, utilizar outros métodos de recolha de dados, nomeadamente a entrevista individual, atribuindo também maior relevo a métodos de cariz qualitativo, que permitirão, certamente, explorar outras dimensões e obter informação mais rica sobre os determinantes da adesão terapêutica.

Apesar das limitações expostas, os resultados encontrados, ainda que com carácter exploratório, apontam no sentido da relevância da avaliação da adesão à terapêutica no contexto da IC, tendo ficado demonstrada a relação existente entre o conhecimento da terapêutica e a adesão. Consideramos, pois, pertinente, a realização de futuras investigações sobre esta temática, recorrendo à utilização de desenhos longitudinais que permitiriam a utilização de análises estatísticas mais robustas.

Referências

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002/2006). *Construction of a standard questionnaire for the theory of planned behaviour*. <http://www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/>
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Armitage, C. J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Billups, S., Malone, D. & Carter, B. (2000). The relationship between drug therapy noncompliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs. *Pharmacotherapy*, 20 (8), 941-949.
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bohachick, P., Burke, L., Sereika, S., Murali, S. & Dunbar-Jacob, J. (2002). Adherence to angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy for heart failure. *Progress In Cardiovascular Nursing*, 17 (4), 160-166.
- Brannon, L., & Feist, J. (1992). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cameron, C. (1996). *Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cameron, C. (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of advanced Nursing*, 24, 244-250.
- Ceia, F., Fonseca, C., Mota, T., Morais, H., Matias, F., Sousa, A. & Oliveira, A. (2002). Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *The European Journal of Heart Failure*, 4, 531-539.
- Cline, C., Bjorck-Linne, A., Israelsson, B., Willenheimer, R. & Erhardt, L. (1999). Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 1 (2), 145-149.
- Cohen-Solal, A. (2003). *Guia Prático Climepsi da Insuficiência Cardíaca*. Lisboa: Climepsi.
- Cole, J., Norman, H., Weatherby, L. & Walker, A. (2006). Drug copayment and adherence in chronic heart failure: effect on cost and outcomes. *Pharmacotherapy*, 26 (8), 1157-1164.
- Correia, E. (2006). Uma visão fenomenológica-existencial em psicologia da saúde?!. *Análise Psicológica*, 24 (3), 337-341.
- Delgado, A. B. & Lima, M. L., 2001. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Dezii, C. M. (2000). Medication noncompliance: what is the problem? *American Journal Of Managed Care*, 9, 7-12.

- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P., Strömberg, A., Veldhuisen, D., Atar, D., Hoes, A., Keren, A., Mebazaa, A., Nieminen, M., Priori, S. & Swedberg, K. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, 29, 2388–2442.
- DiMatteo, M. R. & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance*. New York: Pergamon Press.
- Falcão, L. (1998). *Clínica e terapêutica da insuficiência cardíaca congestiva*. Lisboa: Lidel.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading: Addison
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda.
- Gattis, W. (2000). Practical issues in the treatment of patients with heart failure. *Pharmacotherapy*, 20 (11), 385-391.
- Gislason, G., Rasmussen, J. & Abildstrom, S. (2007). Persistent use of evidencebased pharmacotherapy in heart failure is associated with improved outcomes. *Circulation*, 116 (7), 737-744.
- Goodyer, L., Miskelly, F. & Milligan, P. (1995). Does encouraging good compliance improve patients' clinical condition in heart failure? *British Journal of Clinical Practice*, 49 (4), 173-176.
- Grymonpre, R., Cheang, M., Fraser, M., Metge, C. & Sitar, D. (2006). Validity of a prescription claims database to estimate medication adherence in older persons. *Medical Care*, 44 (5), 471-477.
- Hawkshead, J. & Krousel-Wood, M. (2007). Techniques for Measuring Medication Adherence in Hypertensive Patients in Outpatient Settings: Advantages and Limitations. *Disease Management & Health Outcomes*, 15 (2), 109-118.
- Hui, E., Yang, H., Chan, L. Or, K., Lee, D., Yu, D. & Woo, J. (2006). A community model of group rehabilitation for older patients with chronic heart failure: A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 28 (23), 1491–1497.
- Hunt, S. A. (2005) Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of the American College of Cardiology*, 46 (6), 1-82.
- Johnson, M. (2002). The Medication Adherence Model: a guide for assessing medication taking. *Research and Theory for Nursing Practice*, 16 (3), 179–192.
- Johnston, M., & Weinman, J. (1995). Health Psychology. In British Psychological Society: *Professional Psychology Handbook*. Leicester: BSP Books.
- Katz, A. (2000). *Heart Failure: Pathophysiology, Molecular Biology and Clinical Management*. Washington: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Komajda, M., Follath, F. & Swedberg, K. (2003). The EuroHeart Failure Survey programme - a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. *European Heart Journal*, 24 (5), 464-474.
- Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum Press.
- Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora
- Morisky, D., Green, W. & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.

- Murray, M., Morrow, D. & Weiner, M. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2 (1), 36-43.
- Murray, M., Young, J. & Morrow, D. (2004). Methodology of an ongoing, randomized, controlled trial to improve drug use for elderly patients with chronic heart failure. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2 (1), 53-65.
- Ockene, S., Hayman, L., Pasternak, R., Schron, E. & Dunbar-Jacob, J. (2002). Task Force #4 — adherence issues and behavior changes: achieving a long-term solution. *Journal of the American College of Cardiology*, 40, 630-640.
- Oliveira, J. (2004). Desejabilidade Social: Um construto de difícil avaliação. *Psycologica*, 35, 333-247.
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353 (5), 487-497.
- Pocock, S., McMurray, J., Dobson, J., Yusuf, S., Granger, C., Michelson, E., Östergren, J., Pfeffer, M., Solomon, S., Anker, S. & Swedberg, B. (2008). Weight loss and mortality risk in patients with chronic heart failure in the candesartan in heart failure: assessment of reduction in mortality and morbidity (CHARM) programme. *European Heart Journal*, 29, 2641-2650.
- Pureza, J. (2008). Que saúde para o séc. XXI? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 593-596.
- Remme, W.J. & Swedberg, K. (2002). Comprehensive guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 4 (1), 11-22.
- Ribeiro, J. (1998): *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto
- Roe, C., Moheral, B., Teitelbaum, F. & Rich, M. (1999). Angiotensin-converting enzyme inhibitor compliance and dosing among patients with heart failure. *American Heart Journal*, 138 (5), 818-825.
- Roe, C., Moheral, B., Teitelbaum, F. & Rich, M. (2000). Compliance with and dosing of angiotensin-converting-enzyme inhibitors before and after hospitalization. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 57 (2), 139-145.
- Schaffer, S. & Yoon, S. (2001). Evidence-based methods to enhance medication adherence. *Nurse Practice*, 26 (12), 44-54.
- Strömberg, A., Broström, A., Dahlström, U. & Fridlund, B. (1999). Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: A critical incident technique analysis. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 28 (5), 334-341.
- Struthers, A., Anderson, G., MacFadyen, R., Fraser, C. & MacDonald, T. (1999). Nonadherence with ACE inhibitor treatment is common in heart failure and can be detected by routine serum ACE activity assays. *Heart*, 82 (5), 584-588.
- Teixeira, J. (2004). *Psicologia da Saúde. Análise Psicológica*, 22 (3), 441-448.
- The Criteria Committee of the New York Heart Association. (1994). *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*. Boston: Brown & Co.
- Turk, D. & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to Self-Care regimens: The Patient's Perspective. J. Sweet et al. (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-267). New York: Lenum Press.

- Valderas, J., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. & Roland, M. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of Family Medicine*, 7 (2), 357–363.
- Wal, M., Jaarsma, T. & Veldhuisen D. (2005). Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *European Journal of Heart Failure*, 7 (1), 5-17.
- Wiley, C., Redding, C., Stafford, J., Garfield, F., Geletko, S., Flanigan, T., Melbourne, K., Mitty, J. & Caro, J. (2000). Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: development and validation of a measure. *Clinical Therapeutics*, 22 (7), 858-871.
- WHO (2002). *The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO.
- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.
- WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. Geneva: WHO.
- Wu, J., Chung, M., Lennie, T., Hall, L. & Moser, D. (2008). Testing the psychometric properties of the Medication Adherence Scale in patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 37 (5), 334-343.
- Wu, J., Moser, D., Chung, M. & Lennie, T. (2008). Predictors of Medication Adherence Using a Multidimensional Adherence Model in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 14 (7), 603-614.
- Wu, J., Moser, D., Jong, M., Rayens, M., Chung, M., Riegel, B. & Lennie, T. (2009). Defining an evidence-based cutpoint for medication adherence in heart failure. *American Heart Journal*, 157 (2), 285-291.

Anexo – Instrumento de Recolha de Dados

PREDITORES DA ADESÃO TERAPÊUTICA NA ICC

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – UNIVERSIDADE DO PORTO

N.º Consulta IC:

1. Dados Demográficos II

Data: ____ / ____ / ____

Profissão (se reformado ou desempregado, pedir também a última profissão exercida)

O Sr(a). é quem mais contribui para o rendimento do seu agregado familiar?

S

N

Qual é a profissão de quem mais contribui?

2. Conhecimento da terapêutica

- A. Diga-me, por favor, os nomes dos medicamentos que toma actualmente.
B. Para cada um dos medicamentos que indicou, diga-me, por favor, qual a sua função (para que servem).

A. Nome

B. Função

3. Necessidade de ajuda

A. Habitualmente tem alguém (familiar, p.e.) que o(a) ajude com a medicação?

S

N

B. De que forma o costumam ajudar?
Resposta múltipla

- | | |
|---|---|
| 1 | Alertar que é hora de tomar a medicação |
| 2 | Ajudar a lembrar qual o medicamento e/ou a dose |
| 3 | Seleccionar e preparar a medicação para tomar |
| 8 | Outra. Qual? |

PREDITORES DA ADESÃO TERAPÊUTICA NA ICC

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO – UNIVERSIDADE DO PORTO

N.º Consulta IC:

Pedimos a sua participação, através do preenchimento deste questionário, no âmbito de um Projecto de Investigação desenvolvido por uma aluna do Mestrado em Temas de Psicologia da FPCEUP. A sua colaboração é muito importante! Garantimos que as suas respostas são confidenciais.

4. MAT (Delgado & Lima, 2001)

A. As afirmações seguintes referem-se à doação de Medula Óssea. Por favor classifique-as utilizando uma escala de 1 a 5, em que 1 significa “Nunca” e 5 significa “Sempre”.

Assinale a sua resposta através de uma cruz (X).

	Nunca					Sempre	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	1	2	3	4	5	6	7
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	1	2	3	4	5	6	7
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	1	2	3	4	5	6	7
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6	7
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6	7
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	1	2	3	4	5	6	7
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1	2	3	4	5	6	7
Qual a razão?							

5. TPB

A. Por favor classifique as afirmações seguintes de acordo com a escala apresentada. Assinale a sua resposta através de um círculo.

1. Para mim, tomar a medicação conforme a prescrição do médico é:

	Bom	1	2	3	4	5	6	7	Mau
Desnecessário		1	2	3	4	5	6	7	Necessário
Útil		1	2	3	4	5	6	7	Inútil
Difícil		1	2	3	4	5	6	7	Fácil
Correcto		1	2	3	4	5	6	7	Incorrecto
Negativo		1	2	3	4	5	6	7	Positivo
Indispensável		1	2	3	4	5	6	7	Dispensável

	Discordo totalmente						Concordo totalmente					
2. A decisão de tomar a medicação conforme a prescrição do médico está fora do meu controlo.	1	2	3	4	5	6	7					
3. A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu devo tomar a medicação conforme a prescrição do médico.	1	2	3	4	5	6	7					
4. É esperado que eu tome a medicação conforme a prescrição do médico.	1	2	3	4	5	6	7					
5. Eu quero tomar a medicação conforme a prescrição do médico.	1	2	3	4	5	6	7					
6. O meu médico quer que eu tome a medicação conforme ele prescreve.	1	2	3	4	5	6	7					
7. Se eu quisesse tomar a medicação conforme a prescrição do médico, seria capaz de o fazer.	1	2	3	4	5	6	7					
8. Os meus familiares querem que eu tome a medicação conforme a prescrição do médico.	1	2	3	4	5	6	7					
9. Sinto que existe uma pressão social para que eu tome a medicação conforme a prescrição do médico.	1	2	3	4	5	6	7					
10. Tenciono tomar a medicação conforme a prescrição do médico.	1	2	3	4	5	6	7					
11. Tomar ou não a medicação conforme a prescrição do médico é uma decisão inteiramente minha.	1	2	3	4	5	6	7					
12. As pessoas que são importantes para mim querem que eu tome a medicação conforme a prescrição do médico.	1	2	3	4	5	6	7					
13. Eu espero tomar a medicação conforme a prescrição do médico.	1	2	3	4	5	6	7					

B. Nos últimos dois meses, aproximadamente quantas vezes...

1. ... se esqueceu de tomar a medicação?	
2. ... não tomou a medicação por opção?	
3. ... não comprou os medicamentos prescritos?	

Obrigado pela sua colaboração!